

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ ЖИТЕЛЕЙ МАЛЫХ ГОРОДОВ И СЕЛЬСКИХ ПОСЕЛЕНИЙ ВОСТОЧНОГО КАЗАХСТАНА

Омарова М.Н.¹, Оракбай Л.Ж.¹, Черепанова Л.Ю.¹, Глубоковских Л.К.¹

¹ РГКП «Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х. Жуматова», г. Алматы, Республика Казахстан (050002, Алматы, ул. Макатаева, 34,) e-mail: ncgigieny@mail.ru

Данная статья посвящена изучению особенностей динамики, уровня и структуры смертности сельского населения Восточно-Казахстанской области (ВКО) для определения основных путей ее снижения и решения вопросов оказания дифференцированной профилактической и лечебной помощи при заболеваниях, приводящих к смертности населения, на региональном уровне. Установлены тенденции показателей смертности сельского населения в половозрастном аспекте населения от основных причин: болезней системы кровообращения, внешних причин и злокачественных новообразований. Выявлен высокий уровень смертности сельского населения в трудоспособном возрасте. Высокий темп роста смертности населения в возрасте 20–29 лет обусловлен высоким травматизмом, особенно среди лиц мужского пола, как в городской, так и в сельской местности. У жителей села выявлен высокий рост смертности от злокачественных новообразований, тогда как в городе наблюдается отрицательный темп прироста смертности при этой патологии.

Ключевые слова: городское и сельское население, смертность, причины смерти, профилактика

MODERN ASPECTS OF MORTALITY IN RESIDENTS OF SMALL TOWNS AND RURAL SETTLEMENTS OF EAST KAZAKHSTAN

Omarova M.N.¹, Orakbay L.Zh.¹, Cherepanova L.Y.¹, Glubokovskich L.K.¹

¹Scientific Center of Hygiene and Epidemiology named H.Zhumatov, Almaty, Republic Kazakhstan (050002, Almaty, Makataev street., 34,) e-mail: ncgigieny@mail.ru

This article is devoted to the study of the dynamics, level and structure of mortality of the rural population of the East Kazakhstan region to determine the main ways of its reduction, and addressing issues of providing differentiated preventive and curative care for diseases leading to mortality at the regional level. Established trends in the mortality rate of the rural population in age aspect of the population from the principal causes: diseases of the circulatory system, external causes and neoplasms. The high mortality rate of the rural population in working age. High growth rate of mortality of the population aged 20–29 years due to the high injury rate, especially among males, in both urban and rural areas. The villagers revealed high mortality from malignant neoplasms, whereas in the city there is a negative growth rate of mortality in this pathology.

Keywords: urban and rural population, mortality, causes of death, prevention

Изучение причин преждевременной смертности и увеличение продолжительности жизни населения являются актуальной проблемой. Исследования многих авторов свидетельствуют, что 80,0% общей смертности населения, в том числе и в сельской местности, формируется за счет четырех групп причин: болезней системы кровообращения, травм, злокачественных новообразований и болезней органов дыхания.

В настоящее время по данным различных авторов общий коэффициент смертности указывает лишь на тенденцию процесса и в значительной степени зависит от возрастно-половой структуры населения. При этом объективное содержание присуще только специальным коэффициентам смертности от отдельных причин (заболеваниям и классам болезней) в зависимости от половозрастного состава населения.

Цель

Выявить особенности структуры смертности населения Восточно-Казахстанской области (ВКО) и определить основные пути ее снижения.

Материалы и методы

Были статистически обработаны и проанализированы материалы по данным государственной статистической отчетности исследуемой области, в частности смертности населения (форма С-51, С-52) за период с 2003 по 2012 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В связи с поставленной целью нами проанализированы структура и уровни причин смертности в расчете на 1000 населения Восточно-Казахстанской области по классам болезней в целом, а в сравнительном аспекте — городской (малые города, население до 100 тыс.) и сельской местности (табл. 1).

В структуре причин смертности взрослого населения в целом по ВКО первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения с уровнем показателя 9,05 на 1000 населения, удельный вес которых составил 50,9% от всех причин смертности; второе ранговое место занимают травмы и отравления с показателями 2,83% и 15,9% соответственно; на третьем месте – новообразования (2,45‰ и 13,77%), на четвертом месте — болезни органов дыхания — (1,32‰ и 7,45%) и на пятом – болезни органов пищеварения (0,45‰ и 2,55%). Суммарно на долю этих классов приходится 90,57% от всех причин смертности, т.е. они являются ведущими.

Таблица 1

Структура и уровень смертности взрослого городского и сельского населения ВКО (18 лет и старше) за период 2009–2013 гг.

Причины смерти по ведущим классам болезней	По городским поселениям			По сельским поселениям		
	на 1000 населения	%	Темп прироста (-,+)%	на 1000 населения	%	Темп прироста (-,+)%
Инфекционные и паразитарные болезни	0,59	3,10	+35,1	0,35	2,36	+10,7
Новообразования	2,65	13,91	+3,6	2,08	13,46	+0,43
Болезни системы кровообращения	9,77	51,26	+50,1	7,76	50,08	+26,3
Болезни органов дыхания	1,20	6,33	+80,2	1,56	10,10	+23,3
Болезни органов пищеварения	0,514	2,69	+35,2	0,34	2,22	-9,2
Травмы и отравления	3,17	16,62	+89,8	2,21	14,24	+48,3
Прочие классы болезней	1,15	6,03	+180,4	1,17	7,54	+69,5
Все причины	19,07	100	+53,5	15,51	100	+26,5

Подобная структура и уровень смертности наблюдаются как в городской, так и в сельской местности изучаемой области. Однако они несколько варьируют по интенсивности и по темпам прироста показателей. Например, если в городской местности уровень смертности от болезней системы кровообращения составляет 9,77 на 1000 человек населения, а темп прироста за изучаемый период равен +50,1%, то в сельской местности эти показатели равны соответственно 7,76‰ и +26,3%; рассматриваемые показатели по классу «травмы и отравления» в городах составили 3,17‰ и +89,8%, а по селу — 2,21‰ и +48,3%, по классу «новообразования» в городской местности — 2,65‰ и +3,6%, а по селу — 2,08‰ и +0,43%.

В целом коэффициент общей смертности городского населения в 2009–2013 гг. при стандартизованном коэффициенте 14,63% (за стандарт взята возрастная-половая структура населения ВКО) составил 15,3%. У сельских жителей аналогичные коэффициенты соответственно равны 12,28% и 11,59%. Приведенные данные об обычных и стандартизованных показателях свидетельствуют о незначительном влиянии возрастного и полового состава населения на уровень смертности жителей города и села.

За изучаемый период отмечен рост смертности среди городского населения от инфекционных и паразитарных болезней в 2,5 раз, от болезней эндокринной системы — в 1,5 раза, от психических расстройств — в 4 раза. Коэффициент смертности городского населения от травм и отравлений вырос на 91,7%, от болезней органов дыхания — на 69,4% и в целом от всех причин смертности — на 55,1%. У сельских жителей темпы прироста от указанных причин намного ниже. Например, от инфекционных и паразитарных болезней рост интенсивности показателя составил 60,0%, от болезней эндокринной системы 90,1%, от травм и отравлений — 42,0%, и от всех причин смертностей — 24,7%. По остальным классам болезней наблюдается стабилизация уровней смертности.

Значительный научно-практический интерес представляет анализ возрастных особенностей показателей смертности населения. Обоснование приоритетных направлений по снижению уровня смертности должно быть основано на адекватной оценке причин смерти, особенно среди лиц трудоспособного возраста. Для этой цели проанализированы по возрасту ее коэффициенты дифференцированно для населения разных возрастных групп.

Анализ распределения умерших по причинам смерти в возрастном-половом аспекте показал, что за период 2009–2013 гг. уровень смертности лиц трудоспособного возраста (20–64 года) оставался стабильным и варьировал в пределах 41,0–40,5% от общего числа умерших (рис. 1).

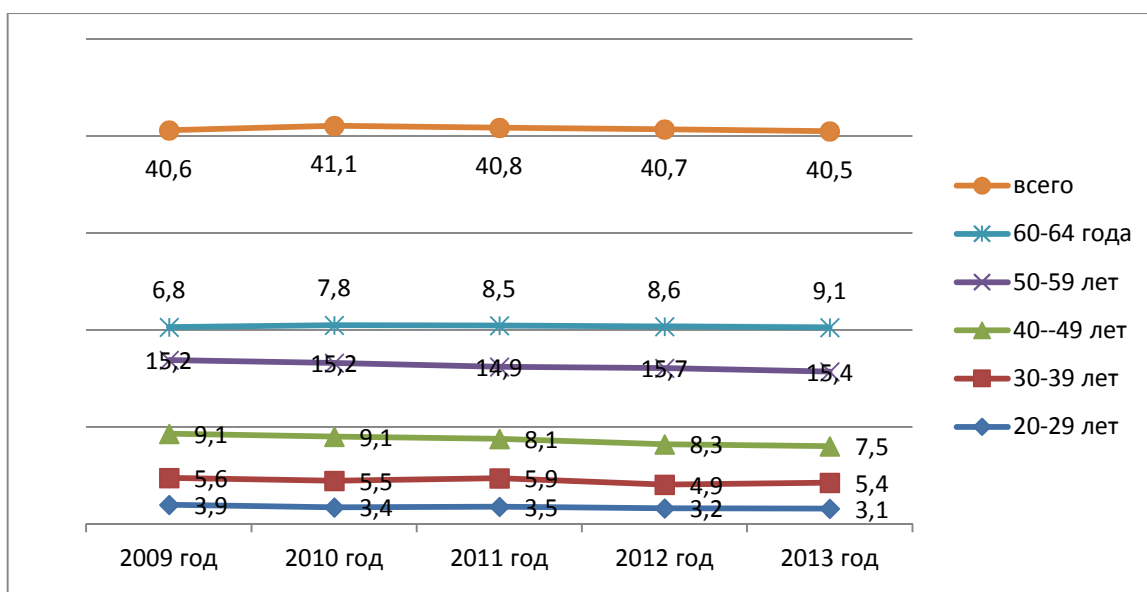


Рис. 1. Динамика показателя смертности среди лиц трудоспособного возраста за период 2009–2013 гг. (в % от общего числа умерших)

На рисунке 1 наглядно показано, что число умерших лиц в процентном отношении к общему числу умерших во всех трудоспособных возрастных группах сельского населения ВКО за исследуемый период остается достаточно стабильным. Отмечаются незначительная тенденция к снижению показателя в возрастных группах 20–29 лет и 40–49 лет 3,9% до 3,1% и с 9,1% до 7,5% соответственно и плавный рост показателя в возрастной группе 60–64 года (с 6,8% в 2009 г. до 9,1% в 2013 г.).

Анализ уровня общей смертности на 1000 населения соответствующей возрастной группы показал аналогичный тренд, однако в группе 60–64 года наблюдается обратная картина: показатель КОС снизился с 25,12‰ в 2009 г. до 20,23‰ – в 2013 г., тогда как абсолютное число умерших в этой возрастной группе за изучаемый период практически оставалось на одном уровне. Данный факт можно объяснить увеличением численности сельского населения предпенсионной возрастной группы за 5 лет в 1,5 раза с 18 273 человек до 27 585 человек.

К наиболее экономически активной трудоспособной возрастной группе можно отнести лиц в возрасте от 20 до 49 лет, смертность среди которых является серьезной медико-социальной проблемой. В сельской местности ВКО на данную группу приходится более 17,5% всех смертей. За исследуемый период практически каждый пятый умирает в самом активном трудоспособном возрасте. В структуре причин смерти лиц трудоспособного возраста ведущее место занимают предотвратимые причины: болезни системы кровообращения, травмы и несчастные случаи, отравления, в том числе алкоголем.

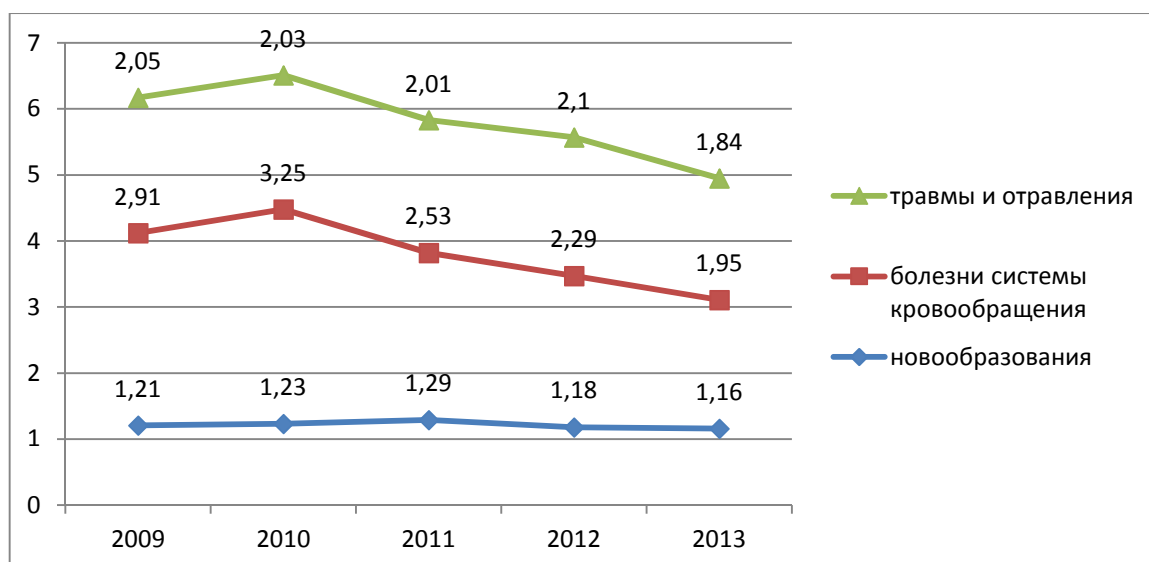


Рис. 2. Динамика основных структурообразующих причин смертности сельского населения трудоспособного возраста ВКО за период 2009–2013 гг.

Новообразования в структуре смертности сельского населения трудоспособного возраста занимают третье ранговое место. Необходимо отметить, что с возрастом структура смертности изменяется. Так, если в группе 20–44 года показатель смертности от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин стабильно находится на первом ранговом месте, превышая более чем в 10 раз аналогичный показатель по классу болезней системы кровообращения, то в последующих возрастных группах картина начинает меняться. Среди лиц 44–49 лет болезни системы кровообращения в структуре причин смерти выходят на первое место, травмы и отравления переходят на второе ранговое место. В возрастной группе 50–54 года смертность по причине болезней системы кровообращения продолжает нарастать, а уровни показателей смертности по классам болезней «травмы и отравления» и «новообразования» практически выравниваются. В следующих возрастных категориях 55–59 лет и 60–64 года показатель смертности от БСК увеличивается в несколько раз, также наблюдается рост смертей по причине новообразований, тогда как травмы и отравления переходят на третье ранговое место.

Вместе с тем за исследуемый период отмечена положительная динамика уровня смертности сельского населения по основным классам болезней. При этом ситуация в связи с высокой смертностью в связи с травмами, отравлениями и другими внешними воздействиями остается неблагоприятной. Следует подчеркнуть и отрицательную динамику смертности населения в связи с дорожно-транспортным травматизмом и суицидом, особенно в молодом возрасте.

Особенностью повозрастной смертности взрослого населения (18 лет и старше) в зависимости от пола является преобладание ее уровней среди мужчин во всех возрастных

группах, при этом более существенный перевес наблюдается в возрастных группах 18–65 лет, где на долю мужчин приходится от 60 до 79% случаев смерти, а в возрастных группах 65–69 лет, 70 лет и старше показатели среди мужчин и женщин практически выравниваются. Так, соотношение по полу в 2009–2013 гг. в возрастной группе 65–69 лет составило 57,1% у мужчин и 42,8% у женщин, а начиная с 70 лет среди женщин показатель общей смертности значительно превышает таковой среди мужчин. Так, в возрасте 75 лет и старше доля смертных случаев у женщин составила 70,2% против 29,8% у мужчин.

Аналогичные повозрастные особенности смертности населения наблюдаются как в городской, так и сельской местности с некоторыми различиями показателей (табл. 2).

Таблица 2

Возрастные особенности тенденции смертности городского и сельского населения ВКО (18 лет и старше) за 2009–2013 гг. (на 1000 населения соответствующей возрастной группы)

Возрастная группа	В целом по области		По городским поселениям		По сельским поселениям	
	на 1000 населения	темпы прироста (-,+)%	на 1000 населения	темпы прироста (-,+)%	на 1000 населения	темпы прироста (-,+)%
15–19 лет	1,54	+21,8	1,16	+60,8	1,36	-16,8
20–29 лет	2,31	+32,6	2,64	+48,1	3,18	+25,4
30–39 лет	5,22	+76,8	5,89	+88,2	4,16	+62,5
40–49 лет	11,31	+72,3	10,62	+92,4	8,65	+28,8
50–59 лет	22,06	+81,6	22,23	+101,8	17,61	+52,1
55–59 лет	23,62	+57,3	25,64	+72,9	21,51	+31,6
60–64 лет	33,55	+41,8	36,17	+52,7	32,82	+43,7
65–69 лет	47,18	+38,9	45,65	+38,9	39,13	+21,2
70–74 лет	56,13	+18,6	62,77	+26,8	57,97	+25,8
75 и старше	132,8	+27,9	138,6	+32,2	117,83	+16,9
По всем возрастным группам	18,19	+44,6	19,27	+56,5	16,51	+27,3

Анализ общей смертности населения в разрезе сельских районов области за десятилетний период (2003–2012 гг.) выявил некоторые закономерности динамики коэффициента общей смертности по годам. Так, в период с 2003 по 2007 гг. практически по всем районам области наблюдался рост показателя с темпом прироста от +4% (Щемонаихинский район) до +16% (Кокпектинский район) и +17% (Торбагатайский район). В остальных сельских районах темп прироста КОС колебался от +7% (Зайсанский район) до +8-9% (Бескарагайский и Абайский районы). Начиная с 2008 г уровень общей смертности населения начинает стабилизироваться с незначительным ростом показателя в 2010 г., и в дальнейшем намечается неустойчивая тенденция его снижения как в целом по области, так и в разрезе районов. Однако показатель смертности при этом продолжает оставаться на

достаточно высоком уровне при сравнении с общереспубликанскими показателями (10,62 на 1000 населения). Как видно из данных таблицы, при сравнении средних показателей за два периода – 2003–2006 гг. и 2009–2012 гг. отмечается крайне неоднозначная картина. В семи районах области темп прироста показателя положительный и варьирует от +16% в Катон-Карагайском районе до +3% в Бескарагайском и Урджарском районах. Наиболее высокий темп прироста КОС за эти два периода отмечен в Курчумском районе (+28%).

Сравнительная оценка уровня и структуры смертности населения в сельских районах области позволила выявить некоторые различия, имеющие большое значение при разработке профилактических мероприятий.

Таким образом, анализ полученных результатов позволил сделать следующие **выводы**.

1. Общая смертность населения ВКО в последние 10 лет (2003–2012 гг.) приобрела негативные тенденции, характеризующиеся ростом ее интенсивности в наиболее производительных возрастных группах (30–59 лет), преимущественно среди лиц мужского пола. Более существенное увеличение смертности населения отмечено в городской местности. Это свидетельствует о возрастании влияния внешних факторов, негативно воздействующих на уровень смертности населения.

2. В структуре причин смертности ведущие ранговые места занимают болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, травмы и отравления, болезни органов дыхания, пищеварения и инфекционные болезни; на долю ведущих классов болезней приходится 90,7% среди всех причин смертности. В динамике за исследуемый период наблюдается высокий рост смертности при болезнях органов дыхания и пищеварения. Выявлен высокий уровень смертности сельского населения в трудоспособном возрасте. Высокий темп роста смертности населения в возрасте 20–29 лет обусловлен высоким травматизмом, особенно среди лиц мужского пола, как в городской, так и в сельской местности.

3. Основными причинами смертности от злокачественных новообразований у лиц обоего пола являются болезни органов пищеварения, среди которых ведущее место принадлежит злокачественным новообразованиям желудка. У жителей села выявлен высокий рост смертности от злокачественных новообразований, тогда как в городе наблюдается отрицательный темп прироста смертности при этой патологии, что, по-видимому, можно объяснить более высоким уровнем медицинского обслуживания городского населения и лучшей выявляемостью злокачественных новообразований на ранних стадиях развития.

4. Высокие показатели смертности как городского, так и сельского населения от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, болезней органов дыхания и пищеварения, а также устойчивая тенденция роста смертности населения от этой патологии свидетельствуют о необходимости разработки и внедрения эффективных мероприятий медико-социальной профилактики, активного выявления, лечения и диспансеризации больных при вышеуказанных заболеваниях. Высокий процент смертности вследствие суицида требует усиления медико-социальной помощи населению в группах риска. Особенное внимание необходимо уделить профилактике травматизма, который является основной причиной преждевременной смерти мужчин в молодом трудоспособном возрасте.

Список литературы

1. Абдрахманов А.Б. Оценка экономических потерь в результате преждевременной смертности трудоспособного населения в Республике Казахстан // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. – Астана, 2012. – № 2 (63). – С. 58–66.
2. Зиязетдинов Н.С., Евсюков А.А., Борисова М.В. Медико-социальные аспекты смертности сельского населения (на примере муниципального района) // Проблемы управления здравоохранением. — 2009. — № 1. — С. 45–48.
3. Дубровина Е.В. Социальные аспекты преждевременной смертности от травм и отравлений в современной России // Профессиональные заболевания и укрепление здоровья. — 2007. — № 5. — С. 18–20.
4. Кенесариев У.И., Жакашов Н.Ж. Экология и здоровье населения. – Алматы: НИЦ «Ғылым», 2002. — 230 с.
5. Омирбаева С.М., Кулкыбаев Г.А., Шпаков А.Е., Ташметов К.К., Жетибаев Б.К. Проблемы оценки риска воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения Республики Казахстан // Гигиена и санитария. — 2008. — № 1. — С. 23–26.
6. Онищенко Г.Г. Влияние состояния окружающей среды на здоровье населения. Нерешенные проблемы и задачи // Гигиена и санитария. — 2003. — № 1. С. 3–10.

Рецензенты:

Жаркинов Е.Ж., д.м.н., профессор, г.н.с. РКП «НЦГИЭ им. Х. Жуматова», г. Алматы;
Исмагулов А.Т., д.м.н., профессор НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», г. Алматы.